

Envejecimiento y salud mental

Reflexiones en torno a la atención en el sistema público de salud

Ignacio Montorio y María Izal

Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

El informe anual que el Defensor del Pueblo realiza todos los años sobre las carencias, dificultades y quejas de los ciudadanos relacionadas con las administraciones públicas señala, año a año, la precariedad en la asistencia sanitaria a las personas que tienen problemas de salud mental. Existe un amplio consenso entre las sociedades científicas, profesionales y asociaciones de afectados y familiares en definir la atención a los problemas de salud mental en nuestro país como una situación de crisis, probablemente víctima de una reforma inacabada como ha llegado a titular en portada la *Revista Española de Economía de la Salud*¹. Durante la década de los años ochenta, España experimentó una reforma en la atención en salud mental, lo que supuso una transformación en la organización de este tipo de asistencia sanitaria. Las bases de la reforma fueron establecidas en el Documento para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental elaborado en 1985 que integraba la salud mental en la asistencia sanitaria general, tomando como referencia la Ley de Sanidad, ley que finalmente fue aprobada al año siguiente. La reforma propugnaba un modelo integrado de salud mental potenciando su gestión descentralizada por parte de las comunidades autónomas y garantizando la disponibilidad de los servicios para abordar la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la educación sanitaria. Los centros de salud mental se convierten en los ejes del sistema en coordinación con la atención primaria y la red hospitalaria. El objetivo último era garantizar la continuidad de cuidados, un reto especialmente loable en trastornos que tienden a mantenerse presentes largo tiempo, cuando no se cronifican.

Si bien actualmente existiría un amplio consenso en señalar como satisfactorio el modelo general de actuación propuesto en la Ley General de Sanidad, esta reforma no llevó consigo el necesario desarrollo de los servicios comunitarios, tanto sociales como sanitarios, previstos. Los resultados de esta reforma inacabada son importantes deficiencias en el campo de la salud mental que, en su mayor parte, son suplidas por los cuidadores informales. Antonio Espino, exsecretario de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica del año 1985, acaba de se-

ñalar que el retroceso del gasto sanitario en la década de los años noventa y la menor capacidad de presión del área de la salud mental hicieron que esta rama de la atención sanitaria fuera la más perjudicada. Según un informe sobre salud mental hecho público en 2002 por la Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS), se ha producido un trasvase de la responsabilidad de una parte sustancial de la atención desde el sector sanitario público a otros sectores sin una dotación adecuada de recursos o un estudio de costes. Quienes han soportado esa responsabilidad, que en un principio recaía sobre los sistemas sanitarios públicos, han sido fundamentalmente los servicios sociales, el sector privado y las familias. Según la SESPAS en España persiste una notable insuficiencia de recursos humanos y materiales para atender la demanda en materia de salud mental. Estos déficit se acentúan en lo que se refiere a dispositivos comunitarios sanitarios y sociales y en la atención a sectores de la población especialmente vulnerables como las personas mayores, los adolescentes, los inmigrantes y los penados. A modo de ejemplo, a pesar de que el número de plazas en centros ocupacionales recomendadas es de 50/100.000, disponemos de 5,8. También, aunque sería aconsejable disponer de 10 plazas en unidades de rehabilitación por cada 100.000 habitantes, contamos con 5,6. Si se piensa en necesidades de profesionales especializados, los datos son igualmente claros, se requerirían 10 plazas para psiquiatra y 11 para psicólogos por cada 100.000 habitantes, mientras que se cuenta con 5,0 y 2,7, respectivamente. Finalmente, el reconocido informe *Atlas de la Salud Mental* en el mundo, realizado por la Organización Mundial de la Salud en 2001, refleja respecto a nuestro país que cumplimos adecuadamente la mayor parte de los criterios «cualitativos» en la atención a la salud mental, esto es, se cuenta con una política de salud mental, atención comunitaria, prestaciones por discapacidad, etc., pero no se dispone de un presupuesto asignado específico a este fin, lo que hace patente la insuficiente atención en este ámbito a los ciudadanos.

Si bien la insuficiencia de servicios, programas y profesionales para la atención en salud mental atañe a todas

las personas con independencia de su edad, debe valorarse hasta qué punto una atención de calidad a las personas de más edad habrá de reunir características especiales y particulares acordes con sus diferentes condiciones y necesidades. Para responder a estas cuestiones es preciso tener en cuenta algunas consideraciones.

Así, se ha constatado que las personas mayores, en general, toleran bastante bien las situaciones y adversidades a las que se enfrentan como parte de la vida y del propio proceso de envejecimiento y llevan admirablemente bien una vida activa. Aun entre los que presentan alguna enfermedad, los que tienen problemas económicos o los que han perdido algún familiar, muchos permanecen mentalmente saludables. En otro lugar, nos hacíamos la pregunta de cómo es posible que, pese a las múltiples dificultades a las que hacen frente, las personas mayores no se depriman más². La respuesta no es única ni sencilla, pero, probablemente, se relacione con el desarrollo de estrategias de afrontamiento instrumental y emocional que resultan adaptativas para esta época de la vida, lo que supone una ejecución exitosa de su función mental y conlleva actividades productivas, relaciones positivas con los demás y capacidad para adaptarse y manejar la adversidad.

Claro está que las personas mayores también presentan trastornos mentales. Además de los reconocidos trastornos orgánicos, especialmente incidentes entre las personas mayores, la depresión, la ansiedad, los problemas del sueño, el abuso de sustancias, especialmente alcohol, y el suicidio son problemas especialmente prevalentes en este grupo de edad. A ello han de sumarse las personas en las que el problema se inició décadas antes, como es propio de las condiciones psicóticas, y que llegan a alcanzar la edad avanzada. El grupo de personas mayores de 65 años representa una proporción muy pequeña de la población que recibe atención psicológica, tanto en servicios públicos como en centros privados en comparación con su notable peso demográfico. Sin embargo, los trastornos psicológicos también están presentes en este grupo de población. La depresión, por ejemplo, parece afectar al 25% de las personas mayores institucionalizadas y en torno al 10% de las residentes en la comunidad. En cuanto a los trastornos de ansiedad (fobias específicas, trastorno de ansiedad generalizada, etc.), un estudio epidemiológico realizado en un municipio madrileño encontró una prevalencia en torno al 11,3%³. Desafortunadamente, muchos de estos problemas no son habitualmente diagnosticados y apropiadamente tratados; además, pocas personas mayores buscan ayuda profesional. Muchas personas mayores simplemente no «comprenden» los trastornos de este tipo, otros se sienten avergonzados, otros sencillamente no lo admiten, lo rechazan o pueden asumir el extendido mito acerca de que los problemas de salud mental son el resultado de un fracaso personal o un reflejo de los puntos más débiles del ser humano. También, muchas personas contemplan los síntomas de la depresión, la ansiedad u otros problemas como

una parte más del proceso de envejecimiento normal o patológico: puede pensarse que un pensamiento confuso, irritabilidad, tristeza, preocupación, apatía o pérdida de energía son signos de que alguien se hace mayor en lugar de valorarlos como indicativos de que alguien necesita ayuda.

Además de las dificultades anteriores, cuando las personas mayores acuden a los servicios de salud mental presentan problemas que tienden a revestir mayor gravedad, tienen más probabilidades de que la atención que se les presta dure menos, de que la terapia recibida sea farmacológica –por oposición a psicoterapia– y de abandonar prematuramente el tratamiento. Un reflejo de esta situación puede ser la considerable proporción de urgencias psiquiátricas hospitalarias protagonizadas por la población mayor⁴, lo cual puede estar indicando que muchas de estas personas acuden a estas urgencias por la falta de servicios de atención en salud mental comunitarios destinados a solucionar tales necesidades y, quizá, tienden a hacerlo cuando su situación alcanza niveles elevados de gravedad.

A pesar de las limitaciones anteriores, la evidencia empírica pone de manifiesto que un tratamiento apropiado puede reducir o eliminar los síntomas del problema, retornando a la situación de partida. El estado actual del conocimiento científico permite asegurar que los tratamientos farmacológicos y psicológicos han demostrado su efectividad para una amplia variedad de problemas, tales como depresión, ansiedad, problemas de sueño, incontinencia urinaria o fecal, adicciones, dolor crónico, entre otros, además de los problemas asociados a la demencia y todo ello en diferentes contextos (comunitarios, hospitales, centros residenciales)^{5,6}.

Una cuestión clave sería si los conocimientos, estándares, programas y servicios de salud mental que se utilizan con otros grupos de edad son apropiados para las personas de más edad. Recientemente, se ha descrito la existencia de importantes barreras para la utilización de servicios por parte del grupo de población mayor¹, tanto relacionadas con la escasa disponibilidad, accesibilidad y utilización de los servicios como barreras procedentes de la propia persona mayor de tipo físico, económico o psicológico, entre las que destacan determinados sentimientos (vergüenza, frustración, cansancio, impaciencia) o creencias (p. ej., «una persona debería poder valerse por sí misma y depender de otros es humillante») que impiden que la persona pida ayuda formal para solucionar determinados problemas personales. El contexto sociocultural en que han sido socializadas las personas mayores tampoco facilita que perciban como adecuado y necesario un tratamiento para un problema de salud mental. Las ideas estereotipadas de que las personas mayores son demasiado viejas para cambiar o la infelicidad es el precio de llegar una edad avanzada tienen muchas probabilidades de ser aceptadas de forma incondicional por personas mayores que tienen depresión, quienes precisamente po-

drían beneficiarse del tratamiento. Las personas con depresión son especialmente susceptibles a estos estereotipos nihilistas de la vejez, porque se corresponden bien con su perspectiva pesimista de sí mismas y de su futuro, su visión de desamparo y sus sentimientos de desesperanza. Además de estas barreras, existen otras relativas al entorno social, que muestran cómo las normas sociales, los valores culturales y, especialmente, los estereotipos y las creencias negativas hacia la vejez y las personas mayores presentes en el entorno sociocultural se constituyen en barreras fundamentales para la utilización de los servicios por parte de las personas mayores; de la misma forma hay barreras procedentes de los profesionales de la salud mental en forma de actitudes negativas y «nihilismo terapéutico» o una insuficiente formación en relación con esta población. Las actitudes edadistas en la sociedad y los profesionales pueden conllevar, en último término, una cierta negligencia y una falta de atención a las necesidades de las personas mayores.

Además de todo lo anterior, hay otros factores que explicarían por qué los mayores no buscan ayuda para sus problemas. Así, se ha comprobado que muchos de los problemas que ocurren a las personas mayores se mantienen en un nivel de intensidad que no se percibe como suficiente para solicitar ayuda, además de que frecuentemente los problemas de salud mental de las personas mayores se relacionan con elementos de índole social que hacen poco adecuados para ellos los servicios tradicionales representados por una institución o centro con un profesional que atiende en su despacho a una persona que ha solicitado asistencia. Veamos dos ejemplos de ello.

Un porcentaje significativo de personas mayores sienten alguna forma de soledad, más frecuentemente que personas más jóvenes. Por una parte, el círculo social se reduce con la edad por la posible muerte del cónyuge y de las amistades, por los cambios en el rol social, la jubilación y por acciones intencionales de incluir sólo a personas cercanas en el círculo social. Por otra parte, la soledad no se determina fundamentalmente por el tamaño de la red, sino de acuerdo con la percepción de las relaciones que se mantienen con otras personas y por la percepción de pertenencia a un grupo. Jacqui Smith, del Instituto Max Planck, y Toni Antonucci, dos reputados gerontólogos, han demostrado en el Estudio Berlín sobre Envejecimiento cómo las personas con soledad emocional –aunque puedan estar rodeadas de una gran red social, es decir, los que se sentían solos en medio de una multitud– tenían depresión más frecuentemente. Asimismo, se cree que las amistades son más importantes que las relaciones familiares a la hora de predecir una buena salud mental. Incluso después de controlar la salud, los ingresos o la edad y otros, las personas cuyos contactos sociales se limitaban a los miembros de la familia tenían una mayor posibilidad de presentar síntomas de depresión. Las amistades, a diferencia de la familia, son opcionales y pueden ayudar a la gente a sentirse independien-

te. Es sabido que la soledad emocional es uno de los predictores más importantes, en sentido diverso, de salud mental entre las personas mayores. El manejo apropiado de este factor requiere un enfoque innovador que implica que los profesionales abandonen los límites de su despacho para proporcionar servicios en un ambiente natural, el domicilio, los centros para mayores u otros lugares diferentes del centro clínico tradicional público o privado.

El segundo ejemplo hace referencia a la viudedad. Se sabe que las personas que enviudan, al ser comparadas con un grupo control, tienen un agravamiento de las enfermedades previas, aparecen nuevas enfermedades, comienzan más frecuentemente nuevos tratamientos médicos, consumen más medicación, tienen una peor valoración de su salud y una menor capacidad funcional, así como peores índices de salud mental y tienen más probabilidades de fallecer durante el primer año tras la viudedad. La pérdida del cónyuge pone fin a una esencial fuente de interacción y elimina uno de los roles sociales de la persona; afecta generalmente a la identidad de una persona, que aunque sea de manera parcial, se ha definido por la relación establecida con la persona fallecida y, por ello, la pérdida del rol se convierte en sí misma en una fuente de estrés y depresión. Aunque la viudedad es un estado que se da en todas las edades, se sabe que el malestar y la sintomatología experimentados por las personas mayores debilitan más su salud, así como que las reacciones de pena son más duraderas entre las personas mayores que entre los jóvenes y, sin embargo, a pesar de su frecuencia, la viudedad y la adaptación a ésta son ignoradas desde el punto de vista clínico, pese a existir terapias psicosociales apropiadas para este problema y que, nuevamente, mal pueden ser abordadas desde una perspectiva clásica en salud mental.

Por último, no puede obviarse un aspecto de esta etapa de la vida, como es la relación entre salud mental y salud física. El envejecimiento con éxito está de moda. La evidencia derivada, sobre todo de los diferentes estudios longitudinales, ha mostrado cómo éste es posible. Además, hay acuerdo generalizado en que el envejecimiento con éxito debe incluir también mantener una buena salud mental. En ese sentido, un punto clave es reconocer, como se decía anteriormente, que la salud física y mental de las personas mayores está ampliamente interrelacionada de tal forma que la mayor presencia de problemas físicos que acontecen en esta edad, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, Parkinson, demencia o diabetes, hacen a su vez más probable el desarrollo de problemas de salud mental. También puede afirmarse lo contrario: es más probable que las personas con depresión o ansiedad desarrollen síntomas físicos. Además, las personas mayores con trastornos mentales pueden experimentarlos como problemas físicos con síntomas, tales como la ausencia de energía, problemas estomacales o dificultades para concentrarse. No es casualidad que la investigación haya demostrado que el coste sanitario del tratamiento de los problemas de salud física de las perso-

nas mayores pueda llegar a ser el triple cuando tienen depresión que cuando no la tienen, o que la tasa de éxito de la rehabilitación física sea muy inferior cuando la persona mayor presenta una depresión comórbida con el problema físico.

En resumen, este editorial quiere simplemente poner de relieve cómo la atención en salud mental, la gran olvidada de la asistencia sanitaria pública, atañe también a las personas de más edad y que, a su vez, un impulso de ésta no puede basarse sencillamente en establecer una continuidad sobre lo ya existente, sino que requiere formas y contextos complementarios de intervención. Coincidentemente con esta idea, el Ministerio de Sanidad a finales de 2006 elaboró un documento titulado «Propuesta de Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006» que recoge las siguientes ideas respecto a la salud mental para las persona mayores: existencia de programas específicos para este colectivo, realización de intervenciones comunitarias orientadas a mejorar la dinámica social, existencia de equipos especializados, así como también señala que debe delimitarse el componente social de las prestaciones para las personas mayores. Final-

mente, se quiere traer aquí el título de un trabajo publicado en *Diario Médico* en noviembre de 2006 que no requiere de una mayor explicación: «La reforma psiquiátrica no concluirá hasta que se potencie la coordinación socio-sanitaria». Aplicado a los ciudadanos de más edad, esta afirmación no es un desiderátum, es una verdadera necesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reimundez G. Las víctimas de una reforma inacabada. *Rev Española Economía de la Salud*. 2003;2:194.
2. Montorio I, Izal M. Successful aging. But, why don't the elderly get more depressed? *Psychology in Spain*. 1998;1:27-46.
3. Montorio I, Márquez M, Losada A, Nuevo R. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *Mapfre Medicina*; 2001. p. 12.
4. Pérez-Poza A, Carrero P, Hermida I, Norín Sánchez C, Pérez-Poza P, Civeira Murillo JM, et al. Urgencias psicogerítricas: patrones de uso en Zaragoza. *Rev Esp Geriatr Geront*. 1997;32:75-80.
5. Gatz M, Fiske A, Fox L, Kaskie B, Kasl-Godley J, McCallem TJ, et al. Empirical validated psychological treatments for older adults. *J Mental Health Aging*. 1998;4:9-46.
6. Izal M, Montorio I. *Gerontología Conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis; 1999.